Rok XLI. Kraków, 26 Lipca 1902. Nr. 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Psychiatria jako nauka kliniczna.

Podał

Dr. med. i filozofii **Piotr Pręgowski** (Heidelberg).

I.

W dziejach i rozwoju psychiatryi, jako nauki klinicznej, można wyraźnie rozróżnić dwa okresy i dwie szkoły: po jednej stronie stoją psychiatrzy francuscy, a z niemieckich: Griesinger, Kraft-Ebing, Jolly i in., — po drugiej nowo powstająca szkoła Kraepelina

Pierwsi nie odróżniają należycie stanu chorobowego od jednostki chorobowej; stwierdziwszy stan, już go uważają za jednostkę chorobową; nie zwracają też należytej uwagi na przebieg. Stwierdziwszy n. p. u pacyenta przygnębienie wraz z odpowiedniemi ideami przygnębienia, przy braku objawów innych, uważają ten stan za jednostkę chorobową, za zadumę *(melancholia)*. Krafft-Ebing określa zadumę, jako chorobę cechującą się przygnębieniem uczuć i zahamowaniem biegu procesów umysłowych. — Podobne czysto objawowe określenie podaje dla obłędu (mania), jako choroby, cechującej się wesołem usposobieniem i przyspieszonym biegiem procesów psychicznych. = Stan zahamowania procesów umysłowych przy obojętności w sferze uczuciowej, to dla niego jednostka chorobowa głupkowatość *(stupiditas)*. Stwierdziwszy wybitne urojenia zmysłowe *(hallucinatio)* i bredzenie uważa już ten stan za odrębną samoistną chorobę, za t. zw. obłęd z urojeniami *(delirium hallucinatorium)*, przez innych uważany za obłąkanie pierwotne ostre *(paranoia primaria acuta)*, bądź za obłęd z urojeniami *(mania hallucinatoria)*, bądź wreszcie za niedołęstwo umysłowe *(Amentia)* i td. Samo stwierdzenie idei niedorzecznych *(Wahnidee)*, jako głównego objawu już było dostateczne dla określenia tego stanu jako choroby zwanej obłąkaniem pierwotnem *(paranoia)*, i td. Określanie jednostki chorobowej na podstawie li tylko stanu, bez uwzględniania należytego przebiegu. oto główna cecha omawianej szkoły psychiatrów, jeśli wyraz „szkoła“ może tu być użyty. I tylko w przyjmowaniu psychoz okresowych, aczkolwiek o ich stosunku do przytoczonych chorób podstawowych nie umiano powiedzieć nic więcej ponadto, że występują one okresowo, jak również w nauce o porażeniu postępowem okazuje się, że w oczy bijące znaczenie przebiegu dla badania i określenia chorób umysłowych nie pozwoliło się całkowicie zapoznać.

Już *a priori* powiedzieć można, że nie należyte uwzględnianie przebiegu choroby przy określeniu jednostek chorobowych, nie może zaskarbić sobie uznania. Wszakże określenie n. p. zapalenia płuc, duru, czy jakiejkolwiek innej, tzw. somatycznej choroby, opieramy nie tylko na zbadaniu jednego okresu czy stanu chorobowego, lecz przyjmujemy pod uwagę cały przebieg schorzenia.

Że utożsamianie stanu chorobowego z jednostką chorobową jest błędem, najlepiej okazuje się to z tego, że powstałe na tej podstawie określenia jednostek chorobowych tak nie odpowiadają rzeczywistości, iż opierający się na nich praktyk-psychiatra prawie zupełnie nie jest w stanie uczynić i uzasadnić rokowania. Rozpoznawszy n. p. u pacyenta zadumę z przygnębieniem nie jest w stanie powiedzieć, jaka przyszłość czeka tego chorego; wie bowiem z doświadczenia swego lub innych, że jedni z tych t. zw. „melancholików“ po kilku czy kilkunastu miesiącach powracają do zdrowia i nigdy już w przyszłości nie zapadają na chorobę umysłową; inni po kilku miesiącach pozbywają się swego przygnębienia, by bądź odrazu, bądź po pewnym czasie, wpaść w dyametralnie przeciwny stan, w podniecenie; inni znowu zostają stale inwalidami umysłowymi o charakterze podobnym do pierwotnego stanu zadumczywego, wreszcie u innych rozwija się charakterystyczne ogłupienie i t. d.

W takiem samem położeniu znajduje się psychiatra praktyk szkoły dawnej, gdy rozpozna obłęd *(mania)*, głupkowatość *(stupiditas)*, lub obłęd z urojeniami zmysłowemi *(delirium hallucinatorium)* i t. p.

Jeżeli do tego wszystkiego jeszcze się doda zachodzące często skombinowanie się niektórych z tych stanów ze sobą. n p. wystąpienie przygnębienia uczuciowego przy umysłowo ruchowem podnieceniu, albo podniecenia uczuciowego obok otępienia ostrego i t. d., — a z drugiej strony gdy się zważy, że często spostrzegać się daje stopniowe przejście z jednego stanu w drugi, wtedy już chyba w zupełności okaże się niedoskonałość punktu wyjścia a tem samem i na nim dźwigniętego gmachu dotychczasowej psychiatryi. A zarazem stanie się nam zrozumiałą cała doniosłość postępu, jaki odbywa się w naszych oczach w nauce o chorobach umysłowych w t. zw. szkole Kraepelinowskiej.

Stan chorobowy: przygnębienie, podniecenie, głupkowatość i t. d. nie jest jednostką chorobową, stan chorobowy to tylko objaw, oto pierwsza wytyczna szkoły Kraepelinowskiej, a z nią związana wskazówka metodyczna: przy określaniu jednostek chorobowych należy jaknajściślej uwzględnić przebieg choroby. O trzeciej przewodniej zasadzie nowej szkoły nadmienię niżej. Wyżej podane dwa warunki, będące podstawą szkoły Kraepelina, zbliżyły psychiatryę do reszty nauk klinicznych. Jak internista przy określeniu n. p. duru nie tylko przyjmuje pod uwagę ten lub ów objaw, lecz uwzględnia cały przebieg choroby, tak samo czyni to psychiatra nowej szkoły. Wspomniane dwa poglądy, na któ-

rych przedewszystkiem opiera się szkoła Kraepelinowska dodoprowadzają: 1) w dziedzinie psychiatryi, jako nauki, do przebudowania niemal całego gmachu psychiatryi, a 2) psychiatrze praktykowi dają możność rokowania, co chyba najlepiej świadczy o ich prawdziwości i niezwykłej doniosłości.

Przejdźmy pobieżnie niektóre wyuiki, do których już doprowadziła nowa metoda. Niedołęstwo umysłowe przedwczesne (*dementia praecox*) to niejako jej dziecko pierworodne. Powstało ono na na koszt niemal wszystkich dawnych, że tak powiemy, chorób. Część przypadków, rozpoznawanych dawniej, jako obłęd, zaduma, głupkowatość, obłęd z urojeniami zmysłowemi, a nawet porażenie postępowe, okazała się dzięki nowej metodzie badania klinicznego, jako przynależna do jednej odrębnej jednostki chorobowej, charakteryzującej się zanikaniem (jakby wysychaniem) całego życia uczuciowego, osłabieniem władzy sądzenia i oceniania, tudzież określonemi urojeniami zmysłowemi, przy zupełnem zachowaniu reszty umysłowości, więc nietkniętej władzy spostrzegania, pamięci, zdolnosci operowania ideami oderwanemi i t. d., celującej się dalej osobliwościami w zachowaniu się jak dziecinną niedorzecznością, duchem przeczenia (negatywizmem), stereotypowością w czynnościach, napięciem w ruchach, a wreszcie posiadającej charakterystyczny przebieg: w początku pojawia się często stan zadumy (melancholijny), po którym zazwyczaj występuje charakterystyczny stanpodniecenia, tzw. katatonicznego (katalepsya, osłupienie, wielomówność, echolalie, aktorstwo i t. d.), z nim naprzemiany występuje stan paranoidalny lub głupkowatość, aż dojdzie wreszcie do stanu końcowego, którym jest z reguły ogłupienie. W przebiegu tym mogą zachodzić różne odmiany. W międzyczasach pomiędzy oddzielnymi stanami nigdy niema zupełnego zdrowia.

Drugim większym owocem nowej metody jest Kraepelinowska nauka o psychozie przemiennej (cyrkularnej) tzw. (*Manisch depressives Irresein*), chorobie dotyczącej przeważnie strony uczuciowej, której bądź jedna (w stanach podniecenia) bądź druga strona (w stanach przygnębienia) zostaje spotęgowaną, w przeciwieństwie do niedołęstwa umysłowego przedwczesnego (*dementia praecox*), w którem życie uczuciowe nie ulega spotęgowaniu, raczej zanika. Charakterystycznymi w przebiegu tego cierpienia są nawroty stanów chorobowych, a stany te są różne: raz występuje przygnębienie uczuciowe, to znowu podniecenie, to znowu zahamowanie procesów umysłowo-ruchowych lub ich podniecenie, to stopniowe przechodzenie jednego stanu w drugi, to wreszcie najróżnorodniejsze ich połączenia, a w czasie między napadami, zupełne zdrowie. Ostatecznym kresem może być pewne niedołęstwo, które atoli zupełnie jest odrębne od innych.

Pojęcie zadumy (melancholii), jako jednostki chorobowej, zostało bardzo ograniczone w obec usunięcia zeń tych stanów przygnębienia, które okazały się objawami niedołęstwa umysłowego przedwczesnego (*dem. praecox*) i psychozy przemiennej (cyrkularnej) Zaduma, jakó jednostka chorobowa, według Kraepelina jest chorobą okresu zanikania życia płciowego (40—50 lat), polegającą na przygnębieniu, wyrzutach sumienia wraz z odpowiedniemi i deami niedorzecznemi, charakterystycznym niepokojem, potrzeba narzekania, rokowanie w $^2/_3$, przypadków zupełnie dobre, w $^1/_3$ zaś z przejściem w charakterystyczny stan niedołęstwa, posiadający cechy schorzenia pierwotnego.

Dawny obłęd (*mania*), jako jednostka chorobowa, został całkiem w swem istnieniu zakwestyonowany. Wypadki podpadające temu rozpoznaniu, okazują się przy dokładniejszem badaniu, szczególniej ich przebiegu, przynależnymi bądź do niedołęstwa umysłowego przedwczesnego (*dem. praecox*), bądź do psychozy przemiennej.

Dokładne badanie przebiegu przypadków, określanych zwykle jako obłąkanie ogólne (*paranoia*), wykazało w nich nie jedną, lecz dwie zasadniczo różniące się od siebie choroby: z jednej strony właściwe obłąkanie ogólne (*paranoia*) rozwijające się powolnie i trwające latami i dziesiątkami lat; bardzo powolnie rozwijające się usystematyzowane idee niedorzeczne bez przejścia w ogłupienie, przy wielu innych jeszcze drobniejszych cechach charakterystycznych; z drugiej strony nazwana przez Kraepelina „dementia paranoides“ idee niedorzeczne nieusystematyzowane, proces szybko postępujący i przechodzący w ogłupienie, tudzież niektóre jeszcze inne cechy, zupełnie odmienne, niż w obłąkaniu ogólnem (*paranoia*) właściwem, jak różne osobliwości zachowania się, spotykane zazwyczaj w zniedołężnieniu umysłowem przedwczesnem (*dementia praecox*), tudzież brak konsekwencyi i sprytu w rozwijaniu urojeń i t. d. Ponieważ te stany chorobowe, jako też ich przebieg i zejścia są różne przeto różne też są zupełnie i jednostki chorobowe.

Tzw. głupkowatość (*stupiditas*), jako choroba została sprowadzona *ad minimum*, tracąc na korzyść odpowiedniego stanu w psychozie cyrkularnej, tudzież podobnego w niedołęstwie umysłowem przedwczesnem. Od obłędu z urojeniami zmysłowemi (*delirium hallucinatorium*), jako jednostki chorobowej, odpadły te przypadki, w których przy urojeniach zmysłowych i bredzeniu nietkniętą jest władza spostrzegania, okazały się bowiem one stanami niedołęstwa umysłowego przedwczesnego (*dem. praec.*). Opilstwo okresowe sprowadzone zostało do podłoża padaczkowego. Zmalał zakres rozpoznawania histeryi, zmodyfikowana nauka o padaczce itd.

Takie wyniki w ciągu nie wielkiej liczby lat wydała nowa metoda kliniczna w nauce psychiatryi. A dodać należy, że to przebudowywanie na nowej podstawie całego gmachu psychiatryi dalekiem jest jeszcze od końca. Praca przebudowawcza trwa ciągle. Nie jeden z dotychczasowych wyników dalej zostanie rozwinięty, niejedno zostanie uzupełnione lub całkowicie zmienione.

Wyniki do których doprowadził nowy kierunek a przedewszystkiem wykazanie, że stany tzw. zadumcze (melancholijne), obłędne (maniakalne) i t. d. mogą występować w wielu zupełnie różnych procesach chorobowych, musiało naprowadzić na myśl, czy nie znachodzą się też różnice w samych tych stanach i czy nie uda się wyszukać cech, po których możnaby było odróżnić stan melancholijny w niedołęztwie umysłowem przedwczesnem (*dementia praecox*) od takiegoż stanu w psychozie cyrkularnej i t. d.? Myśl tę ziszcza obecnie szkoła Kraepelinowska i to jest jej 3-cia cecha charakterystyczna, i w tym kierunku osiągnięto już znaczne wyniki. Okazało się n. p. że stan melancholijny w zadumie, jako jednostce chorobowej, różni

[1]) Po bliższe szczegóły odsełam czytelnika do odnośnych publikacyj, w pierwszym zaś rzędzie do Kraepelinowskiej: »Psychiatrie«. VI. te Auflage 1899 Leipzig.

się od takiegoż stanu w innych chorobach; niepokój i pociąg do skarżenia się, zdaje się istotnie odróżnia stan melancholijny w zadumie od takiegoż stanu w psychozie cyrkularnej, w której odznacza się skupieniem i zahamowaniem umysłowo-ruchowem; dalej w zadumie odznacza się o wiele większym stopniem przygnębienia, aniżeli w psychozie cyrkularnej, w której chorzy są w stanie nawet się uśmiechać (*labilitas* w usposobieniu); w zadumie zawsze chorzy czynią sobie wyrzuty, w psychozie cyrkularnej często ich nie bywa. Stanowi przygnębienia w niedołęstwie umysłowem przedwczesnem (*dementia praecox)* towarzyszą zazwyczaj urojenia zmysłowe (hallucynacye, zwykle słuchowe o nieprzyjemnej dla chorego treści); występują często inne cechy w niedołęstwie zmysłowem przedwczesnem, jak dziecinnie niedorzeczne zachowanie się, katalepsya, negatywizm itd.

Podobniez n. p. okazała się istotna różnica między podnieceniem obłędnem (maniakalnem) w psychozie cyrkularnej a takiemże podnieceniem w niedołęstwie umysłowem przedwczesnem. Stosunek prosty między zamętem w myślach, a umysłowo-ruchowem podnieceniem, w podnieceniu, występującem w psychozie cyrkularnej, niestosunek zaś w podnieceniu katatonicznem (małe umysłowo-ruchowe podniecenie przy wielkim zamęcie myśli); rozmaitość i celowość czynności w pierwszem, monotonność, a nawet stereotypowość tudzież bezcelowość w drugiem; dalej zaś często spotykana katalepsya, wielomówstwo, negatywizm itp. cechy niedołęztwa umysłowego przedwczesnego, występujące w stanie takiego podniecenia tem bardziej ułatwiają rozpoznanie różniczkowe.

Ostatnia dążność nowej szkoły osiąga to następstwo praktyczne, że psychiatra praktyk jest w stanie często rozpoznać a dzięki temu i rokować, tudzież z góry powiedzieć, jaki był dotychczasowy przebieg choroby, na podstawie już tylko samego *status praesens*.

Badanie, do jakiej jednostki chorobowej przynależy dany stan chorobowy, a w tym celu szczegółowe badanie rozwoju tudzież ścisła analiza obecnego stanu chorego, wszystko to obecnie znacznie utrudnia zadanie psychiatry, ale za to otrzymuje on, to zadosyćuczynienie, że gdy rodzina chorego lub władze sądowe pytają go o przyszłość pacyenta, dzisiaj już jest on w stanie niemal we wszystkich przypadkach dać stanowczą odpowiedź. Umożebnione rokowanie, oto praktyczne następstwo reformy Kraepelina, a zarazem najlepsze jej uzasadnienie.

Jak wielkie uznanie wśród ogółu lekarzy znajduje nauka Kraepelina pewnym dowodem tego może być to, że odnośne publikacye w najkrótszym czasie po wyjściu zostają rozsprzedawane, a 7-me wydanie podręcznika psychiatryi Kraepelina, już jest w druku.

Miałem sposobność spotkać w klinice Heidelbergskiej starszego praktyka psychiatrę, kol. Dra Szcz., który od lat 10-ciu jest lekarzem w zakładzie dla obłąkanych w Tambowie. Niemal z końca Europy przybył do Heidelberga, ażeby bliżej się zapoznać z nauką Kraepelinowską, która jak mówił, rozstrzygnęła mu problemat życiowy, gdyż dała mu możność odpowiadania stanowczo mężowi, gdy się z troską pyta, co się stanie z jego chorą żoną lub dzieckiem, czy wyzdrowieje kiedy.

Chcę wreszcie naszkicować kilka obrazów, aby okazać jak się odbywa ta przebudowawcza praca w psychiatryi, tudzież, że może się ona z korzyścią odbywać. Prof. Kraepelin ma do swego rozporządzenia oprócz kliniki w Heidelbergu dwa olbrzymie zakłady dla chorych umysłowych w rodzaju kulparkowskiego. Każdy niemal pacyent, który dostaje się do prof, Kraepelina, pozostaje już do końca życia pod jego obserwacyą, co zresztą jest ułatwione ze względu na niewielkie rozmiary ks. Badeńskiego. Historye chorób zostają przechowywane w najzupełniejszym porządku od lat 10—15, co przy powrotach pacyenta do zakładu daje możność gruntownego poznania stanów przeszłych i początkowego rozwoju procesu chorobowego. Jak są prowadzone historye chorób, wystarczy powiedzieć, że nawet, gdyby pacyent pochodził z najodleglejszego zakątka państwa niemieckiego, muszą być dostarczone do kliniki świadectwa o jego pobycie i postępach w szkole, wszystkie akta sądowe, jeśli pacyent prowadził kiedykolwiek w życiu proces sądowy, wreszcie historye chorób ze wszystkich zakładów psychiatrycznych, w których pacyent poprzednio się znachodził; zdarza się nawet, że historye chorób bywają sprowadzane z zakładów psychiatrycznych Brazylii lub Stanów Zjednoczonych Ameryki, z którymi to krajami ludność niemiecka utrzymuje stosunki emigracyjne. Zbieranie danych, odnoszących się do przebiegu choroby, doprowadzone do takiej ścisłości, ma miejsce szczególnie w przypadkach zawilszych, aj także przy ocenach sądowo-psychiatrycznych.

A jeżeli do tego com powiedział dodam, że katedra psychiatryi w Heidelbergu jest zupełnie oddzielona od katedry chorób nerwowych (złączonej z katedrą chorób wewnętrznych), jedyny wyjątek w Niemczech, a w Europie dotąd mający naśladownictwo tylko w paru uniwersytetach, że do rozporządzenia prof. Kraepelina jest 5. asystentów płatnych, że cała część administracyjna jest załatwianą przez oddzielnego urzędnika-gospodarza, a wreszcie, że przy klinice istnieje pracownia dla psychologii doświadczalnej, tudzież pracownia dla histologii prawidłowej i patologicznej mózgu — będzie zrozumiałem, że w takich warunkach może odbywać się ze skutkiem spokojna praca naukowa nad przebudową psychiatryi i postawieniem jej na podwalinie badania ściśle klinicznego.

II.

Do przytoczonych wyżej zasad Kraepelinowskiej szkoły psychiatrycznej chcę dodać słów parę. Trzech jeszcze, sądzę, potrzeba warunków, aby psychiatrya zrównała się w zupełności z resztą nauk klinicznych:

I. Gdy w dziedzinie wszelkich innych chorób oddawna już bada się przemianę materyi, w zakresie chorób umysłowych nikt niemal o tem nie myśli, a przecież byłoby rzeczą ważną i zajmującą przekonać się, czy i w jaki sposób zostaje zaburzoną przemiana materyi w przebiegu chorób umysłowych. Na podstawie współczesnych naszych wiadomości, a przedewszystkiem na podstawie choćby tych tylko danych o zmianach patologicznych w komórkach nerwowych, w komórkach gliowych i w naczyniach mózgowych, jakie nam wykazuje metoda Nissla w chorobach psychicznych, nie może już nikt utrzymywać, że chorobom umysłowym nie towarzyszy żadna zmiana w budowie cielesnej (korze mózgowej), a skoro towarzyszy, to znajduje też swój wyraz bądź w jakościowych bądź w ilościowych zaburzeniach chemizmu przemiany materyi, zatem badać go

należy. Oto nowa droga dla klinicznej nauki o chorobach umysłowych.

Nie posuwam się zbyt daleko i nie przypuszczam, ażeby już teraz można było mówić o tem, że dzięki tym badaniom można osiągnąć praktyczne korzyści dla rozpoznawania chorób umysłowych; jak również nie miejsce tu na poruszanie spraw, wchodzących w zakres samego badania przemiany materyi i z niem związanych zagadnień.

Nawet, gdyby się okazać miało, że przemiana materyi w chorobach umysłowych nie przedstawia najmniejszych zaburzeń, które to przypuszczenie zresztą sprzeciwia się naszemu podstawowemu poglądowi, że każdej czynności mózgowej (więc i kory mózgowej) odpowiada działanie chemiczne, to i to, jako wykazanie nowej prawdy, miałoby wartość naukową i uzasadniałoby wspomniane badania przemiany materyi. Tu i ówdzie badania te zaczynają już być prowadzone, n. p. psychiatra Kraiński (obecnie w Wilnie) zajmuje się niemi. Atoli uwaga ogółu badaczy psychiatrów dotąd w tym kierunku zwróconą nie jest.

II. Gdy w dziedzinie chorób tzw. somatycznych przyjmujemy w zupełności możliwość równoczesnego występowania różnych chorób, spostrzegane mianowicie bywa kombinowanie się takich dwóch chorób, jak dur brzuszny i plamisty, w psychiatryi tylko tu i ówdzie spotkać można uwagę o kombinowaniu się schorzeń umysłowych. Jasno uświadomioną i do znaczenia wytycznej myśl ta podniesioną nie została. Skutkiem tego powstaje utrudnienie w ścisłem określeniu jednostek chorobowych i odgraniczaniu jednych od drugich, tudzież z ęszanie dla psychiatry praktyka, gdy się znajdzie w obec podobnego, powiedzmy nieczystego, przypadku, a cała nieskończona rozmaitość istnienia stawia nam przed oczy przeważnie takie nieczyste przypadki.

Zdanie sobie sprawy z możliwości kombinowania się psychoz pociągnie za sobą ścisłe określanie jednostek chorobowych, tudzież dokładne odróżnianie jednej choroby czy stanu chorobowego od innych, co znowu pociągnęłoby za sobą znaczne ułatwienie i uproszczenie w rozpoznawaniu. Ścisłe określanie chorób rzecz nie łatwa. Nastąpi ono w zupełności tylko wtedy, gdy poznamy gruntownie czynniki, wywołujące schorzenia umysłowe, i sposób ich działania, a tu znowu natrafiamy na potrzebę badania chemizmu umysłowo chorych, a to dla jaknajgłębszego wniknięcia w istotę zmian zachodzących w ustroju chorego na umyśle.

Że kombinowanie się schorzeń psychicznych jest możliwe, za tem przemawia nie tylko przykład chorób tzw. somatycznych, lecz również świadczą za tem już nawet dotychczasowe dane z dziedziny histologiczno-patologicznych zmian w korze mózgowej. W pracowni prof. Nissla wielokrotnie stwierdzano w jednej i tej samej komórce nerwowej dwie różne zmiany chorobowe. Tak n. p. odróżnia prof. Nissl zmiany tzw. ostre: w komórkach przedtem zdrowych, w komórkach przewlekle zmienionych, wreszcie w komórkach, posiadających którekolwiek z innych schorzeń. Zdarza się czasem i taki przypadek, że w jednej i tej samej komórce spotykamy ślady aż trzech schorzeń.

Sądzę, że oświetli nieco omawiane zagadnienie już samo postawienie paru pytań następujących: czy n. p. człowiek zakażony kiłą z niedołęstwem umysłowem przedwczesnem, lub z psychozą cyrkularną i t. d. nie może nigdy zapaść na porażenie postępowe? A jeżeliby dostał porażenia postępowego, czy wtedy zniknie psychoza pierwotna? Czy n. p. osobnik z psychozą padaczkową jest już przez to samo odporny na czynniki, wywołujące choroby umysłowe lub czy w razie pojawienia się ich pierwsza znika? Osoba histeryczna, dostając innej psychozy, czy traci swoją histeryę itd. itd.

Bezsprzecznie może się okazać, że niektóre schorzenia nie mogą się kombinować tak samo, jak to zachodzi niekiedy w dziedzinie chorób somatycznych. Tem niemniej przewodnia myśl o możliwości kombinowania się psychoz zachowuje całą swą doniosłość. Powstać może pytanie, jakiego rodzaju jest to kombinowanie się, w jakim do siebie stosunku pozostają dwie występujące równocześnie psychozy? Sprawa ta atoli nazbyt jest teoretyczna, aby się bliżej na tem miejscu zajmować nią było wolno.

III. Każdy klinicysta, nim przystąpi do łóżka chorego, musi się przedtem zapoznać ze składnikami ciała zdrowego i chorego, tudzież z ustosunkowaniem tych składników w ciele zdrowem. Nic podobnego nie dzieje się z psychiatrą. Psychiatra do tej pory pozostaje bez tego przygotowania podstawowego. O pierwocinach duszy ludzkiej ma się zazwyczaj gospodarskie, że tak powiem, wiadomości; a już z właściwościami człowieka prawidłowego wcale nie można się zapoznać, gdyż dotąd nie istnieje nauka tak pojętego przedmiotu. Nie da się przeto prędko usunąć ta, zresztą bardzo powierzchowna różnica między psychiatrą, a każdym innym klinicystą.

II. O nowszych teoryach odporności.

Podał

Dr. Filip Eisenberg.

(Według odczytu wygłoszonego w krak. Tow. lek. dnia 23 kwietnia b. r.).

Część I.

Panowie! Mając dziś przed Wami mówić o obecnym stanie nauki o odporności, wiem dobrze, że ogrom przedmiotu nie pozwoli mi wyczerpująco i wszechstronnie przedstawić całej tej pełnej zagadek dziedziny, tak doniosłej dla nauki lekarskiej; postanowiłem tedy w szczupłych ramach czasu, jakim rozporządzam, oddać w głównych zarysach jednę z dwóch teoryj, z któremi nierozłącznie się wiąże praca lat ostatnich na tem polu, — teoryę łańcuchów bocznych Ehrlicha, tembardziej, że w interesującym swym odczycie prof. Klecki przedstawił już przed Wami część tych zagadnień, opierając się przeważnie na pracach i poglądach szkoły francuskiej.

I.

Genialne pomysły szczepień ochronnych, wynalezione przez Jennera i Pasteura, a poprzedzone naiwnie empirycznemi spostrzeżeniami dwudziestu przeszło wieków, posłużyły za punkt wyjścia dla tej młodej jeszcze, a już tak bujnie się rozwijającej nauki, o której mówić zamierzam; — trzy odkrycia, dokonane przed laty mniejwięcej dziesięciu, dały początek ściśle naukowemu badaniu i poglądowi na te sprawy. Odkrycie aleksyn w surowicach zwierząt prawidłowych przez szkołę Flüggego i Buchnera, odkrycie leczenia antytoksycznego błonicy i tężca przez Behringa, i najmłodsze z nich odkrycie odporności bakteryobójczej przeciw cholerze i durowi wskazywały drogi, któremi iść należało, aby zgłębić mechanizm naturalnej i nabytej odporności. Należało

poznać sposób powstawania tajemniczych tych ciał, sprowadzić ich działanie do praw fizyko-chemicznych, należało wyjaśnić swoistość tych działań, a wreszcie stwierdzić, jaką rolę odgrywają już nie w probówce, czy w doświadczeniu na zwierzętach, lecz w zawiłym mechanizmie patologii ludzkiej; — a te to właśnie pytania stanowią treść pracy i teoryi Ehrlicha.

Prace Ehrlicha, Calmettea, Martina i Cherryego i Wassermanna obaliły zapatrywanie, jakoby w neutralizacyi jadu przez antytoksynę, ustrój zwierzęcy brał jakikolwiek udział, jak również, jakoby antytoksyna niszczyła jad, jak np. mocne kwasy mineralne niszczą substancye organiczne; natomiast uczyniły prawdopodobnem istnienie swoistego, fizyologicznie obojętnego związku między jadem a antytoksyną — związku, w którym oba ciała współistnieją. Logicznem tego poglądu następstwem był postulat istnienia ściśle stoichiometrycznych praw łączenia się tych ciał, — postulat ogromnej doniosłości praktycznej, gdyż tylko na tej podstawie można było oprzeć naukową kontrolę skuteczności surowic antytoksycznych. Szczęśliwym zbiegiem okoliczności posiadamy w ustroju morskiej świnki nadzwyczaj czuły i bardzo jednostajnie oddziaływający odczynnik żywy na jad błoniczy tak, że badania te mogły być przeprowadzone niemal ze ścisłością rozbioru chemicznego. Tymczasem badanie licznych prób jadu błoniczego bynajmniej nie stwierdziło ścisłej i stałej proporcyonalności między ilością antytoksyny a zobojętnionego jadu; jednostka antytoksyczna, tj. ilość surowicy, zobojętniająca 100 jednostek toksycznych pewnego jadu, obranego za typ (t. j. 100 dawek śmiertelnych dla morskich świnek wagi 250 gr. w 4—5 dniach) zobojętnia różne ilości różnych jadów błoniczych. Ale to spostrzeżenie mogło się jeszcze tłómaczyć różną tych prób jadowitością; — natomiast zupełnie sprzeciwiał się teoryi połączenia chemicznego fakt, że ta sama ilość antytoksyny zobojętnia różne ilości dawek śmiertelnych, zawarte w różnych próbach jadu, więc w jednym przypadku 100, w drugim 50 i t. d. Klucz do wyjaśnienia tych zawiłych stosunków dało dopiero genetyczne ich badanie; wiadomo, że jad błoniczy przechowywany nawet w najlepszych warunkach, osłabia się, t. j. że ilość jednostek toksycznych, zawarta w pewnej objętości, maleje, gdy tymczasem antytoksyna zobojętnia niezmiennie tęsamą ilość danego bulionu błoniczego, chociaż pierwotnie n. p. zawierał 100 jednostek toksycznych, a po roku zawiera ich tylko 50. Wniosek ztąd bardzo oczywisty, że w jadzie błoniczym istnieją dwie niezależne od siebie funkcye, jedna toksyczności, druga zobojętniania jadu, że pierwsza z nich niezależnie od drugiej może ulegać zmianom; Ehrlich, posługując się symbolami, zapożyczonymi ze stereochemii, wniosek ten wyraża w ten sposób, że jad posiada dwie grupy, toksyczną i chwytną *(toxophore und haptophore Gruppe)*, z których pierwsza stanowi podkład swoistej funkcyi toksykologicznej jadu, druga podkład jego powinowactwa chemicznego do antytoksyny. Badania Morgenrotha nad jadem tężcowym (tetanospasminą) wykazały, że działanie tych dwóch grup można również *in vivo* wyosobnić; wiadomo jest, że żaby tylko w ciepłocie 37° ulegają działaniu jadu tężcowego; zaś w ciepłocie pokojowej na razie nie objawiają znaków zatrucia, aż je przeniesiemy w otoczenie o wyższej ciepłocie, gdzie tężec choćby po długim czasie wybucha; otóż Morgenroth wykazał, że u takich żab, pozornie zupełnie prawidłowych, jad jest związany, gdyż nie udaje się ich uchronić od następowego tężca nawet przez wysokie dawki antytoksyny; doświadczenia te wykazują, że grupa chwytna jadu tężcowego objawia swe działanie w ustroju żaby już w niskiej ciepłocie, grupa toksyczna dopiero przy 37°.

Ale nie na tem koniec. Doświadczenia z t. zw. częściowem nasycaniem jadu *(partielle Sättigung)* wykazują jeszcze bardziej zawiłą jego budowę. Jeżeli do pewnej ilości jadu, zobojętnionej dokładnie przez jednostkę uodporniającą (imunizacyjną (J. J.), będziemy dodawać zamiast całej tej jednostki różne jej ułamki, to przypuszczając jednolity skład jadu, należałoby oczekiwać, że w miarę coraz mniejszego nasycenia jadu, mieszaniny te będą proporcyonalnie ujawniać coraz większą siłę toksyczną. Jeżeli tedy jednostka uodporniająca (J. J.) zobojętnia n. p. 100 jednostek toksycznych (J. T.) danego jadu, to mieszanina, zawierająca 100 J. T. $+ {}^{9}/_{10}$ J. J. powinnaby ujawniać działanie 10 J. T., mieszanina 100 J. T. $+ {}^{7}/_{10}$ J. J. działanie 30 J. T. itd. Tymczasem doświadczenia te łącznie z genetyczną obserwacyą jednego i tego samego jadu w różnych okresach osłabienia siły toksycznej wykazują, że jad składa się z poszczególnych części o różnym stopniu powinowactwa do antytoksyny, a nadto, że każda z tych części może przejść w odmianę atoksyczną o niezmienionem powinowactwie do antytoksyny przez utratę lub modyfikacyę grupy toksycznej przy nienaruszonem zachowaniu grupy chwytnej. Rozróżnia więc Ehrlich proto deutero- i tritotoksynę o coraz to mniejszem powinowactwie, a nadto produkta ich atoksyczne, które nazywa toksoidami, a więc proto deutero- i tritotoksoid. Prototoksyna najmniej odporna jeszcze w czasie rozwoju hodowli w termostacie zmienia się w prototoksoid; tritotoksyna ulega tej przemianie w przeważnej części dopiero w ciągu kilku miesięcy, deuterotoksyna w połowie bardzo szybko przechodzi w deuterotoksoid, druga zaś jej połowa niezmieniona jest bardzo trwała i przez lata całe utrzymuje toksyczność danego jadu. Nadto obok właściwego jadu, cechującego się wywoływaniem zbitych obrzęków i szybkiego zatrucia, wydziela prątek błoniczy równocześnie drugi jad o odmiennej grupie toksycznej, wywołującej późne porażenia i wiotkie obrzęki, a w wyższych dawkach śmierć opóźnioną w ciągu 2—3 tygodni; jad ten, zwany toksonem, posiada wspólną z toksyną grupę chwytną o mniejszem jednak do antytoksyny powinowactwie. Po tych uwagach dopiero zrozumiemy dokładnie przebieg doświadczeń z t. zw. częściowem nasycaniem jadu: gdy do pewnej ilości jadu dodamy pewien ułamek zobojętniającej go ilości antytoksyny, nasamprzód nasyci się nią prototoksyna mocą swego najsilniejszego powinowactwa; ponieważ zaś w używanych zwykle jadach cała prototoksyna przeszła w prototoksoid, przeto po dodaniu np; ${}^{1}/_{10}$ części zobojętniającej antytoksyny nie zobaczymy wcale ubytku toksyczności, bo została zobojętniona nieczynna część jadu. Przy dalszym dodatku stopniowo deutero- i tritotoksyna (toksoid) nasycą się antytoksyną tak, że dodawszy np. ${}^{8}/_{10}$, będziemy mieli nasycone wszystkie frakcye toksyny i toksoidu, a pozostanie w stanie wolnym wskutek najsłabszego powinowactwa tokson, który nawet w wielkich ilościach nie daje zmian, cechujących sam jad. Dla lepszego uzmysłowienia wyników rozbioru różnych jadów Ehrlich przedstawia je graficznie w postaci t. zw. widma jadu *(Giftspectrum)*.

Dalsze badania, podjęte w tym kierunku, wykazały, że taka budowa jadów jest zjawiskiem dość ogólnem.; Morgenroth wykazał ją dla jadu tężcowego (tetanospasminy), Markl dla jadu dżumowego, Jacoby dla rycyny, Madsen dla jadu tężcowego, rozpuszczającego krew (tetanolizyny), Myers dla jadu węży (kobralizyny), Neisser i Wechsberg dla jadu gronkowców (stafilolizyny); badania przeprowadzone przezemnie wspólnie z Drem Volkiem w Instytucie wiedeńskim (prof. Paltaufa), a stwierdzone niedawno przez prof. Wassermanna, wykazały, że aglutynujące się ciało bakteryj posiada również grupę chwytną o znacznej odporności obok grupy nietrwałej, z którą związany jest widomy objaw aglutynacyi; podobną budowę wykazują w molekule białka, strąconego przez precypityny, badania moje, ogłoszone w tych dniach [1])

Opierając się na nabytej w ten sposób głębszej znajomości jadu, przystąpił Ehrlich do najistotniejszego pytania w sprawie mechanizmu odporności, do zbadania sposobu powstawania swoistych produktów reakcyi ustroju, a w szczególności antytoksyn. Każda teorya odporności, o ile chciała być zupełną, musiała przedewszystkiem wyjaśnić mistyczną napozór swoistość tych ciał, których ustrój może wytwarzać cały legion pod wpływem odpowiednich uodpornień. Kiedy widzimy, jak powstają w każdym przypadku swoiste antytoksyny, aglutyniny, koaguliny, precypityny, bakteryolizyny, hemaglutyniny, hemolizyny, antyhemolizyny, antyfermenty itd., musimy pełni zdumienia zapytać z Gruberem: zkąd ta niesłychana plastyczność ustroju, który na każde działanie odpowiada przystosowaną doń reakcyą, zmieniając przytem oczywiście swą przemianę materyi? zkąd ta harmonia prestabilizowana, która sprawia, że zawsze powstaje ciało, zobojętniające ściśle i wyłącznie działanie wprowadzonej szkodliwości? Buchner, Emmerich i Loew, jak również niektórzy badacze szkoły francuskiej, sądzili, że swoiste to powinowactwo najlepiej się da wytłómaczyć przypuszczeniem, iż antytoksyna nie jest niczem innem, jak zmienionym przez ustrój i unieszkodliwionym jadem, a powinowactwo jej do jadu jest objawem przyciągania identycznych grup, jakiego przykład mamy w zjawiskach polimeryzacyi i krystalizacyi. Atoli krytyczne uwzględnienie faktów spostrzeganych przy uodpornianiu sprzeciwia się takiemu poglądowi; według Knorra ustrój konia odpowiada na wprowadzenie pewnej ilości jadu tężcowego wytworzeniem ilości antytoksyny, zdolnej zobojętnić 100.000 razy większą ilość jadu; uodporniony ustrój utrzymuje zawartość antytoksyny we krwi niezmienioną przez dłuższy czas, pomimo ciągłej utraty antytoksyny z wydalinami; wytwarza tedy coraz to nowe jej ilości, chociaż mu jadu nie doprowadzamy; rzecz oczywista, że ta dysproporcya między ilością antytoksyny, a jadu wprowadzonego, zupełnie nie da się pogodzić z wyżej wyłuszczoną hipotezą.

Znanem jest zdawna w medycynie, a zwłaszcza w farmakologii zjawisko, że ustrój i poszczególne jego narządy oddziaływają wyborczo (elektywnie) wobec różnych środków: strychnina działa na komórki ruchowe przednich rogów rdzenia; kurara na zakończenie nerwów ruchowych w mięśniach; fosfor na komórkę wątrobową i t. d. Musimy przypuszczać, że zachodzi tu pewne szczególne powinowactwo pomiędzy pewnym środkiem, a pewnym rodzajem komórek, powinowactwo, które staje się bodźcem dla swoistego połączenia się odczynnika z wrażliwym składnikiem ustroju. Rodzaj tego połączenia jest różny: większość środków stosowanych we farmakologii nie tworzy właściwych ścisłych związków, lecz tylko t. zw. luźne sole, lub stałe roztwory; tak np. wiadomo, że narkotyki nie wchodzą w samą żywą protoplazmę komórek nerwowych, lecz zostają nagromadzone w lipoidach układu nerwowego. Co do ścisłych związków z protoplazmą, to są one możliwe w dwojakiej formie: albo drogą podstawienia, albo drogą syntezy; pierwszy typ, którego przykład mamy w powstawaniu kwasu ksantoproteinowego przez podstawienie grupy nitrowej w białku, w biologii nigdy prawie nie zachodzi, gdyż większość ciał, z któremi farmakologia ma do czynienia, nie posiada tak wysokiego napięcia energii chemicznej, jakie jest potrzebne do takich działań. Natomiast dobrze znany jest w chemii biologicznej drugi typ związków syntetycznych protoplazmy, typ zwykle określany nazwą przyswajania; wiemy o całym szeregu ciał chemicznych, że służą regeneracyi protoplazmy, wchodząc z nią w ścisły związek na podstawie wybitnego do niej powinowactwa; jak wielką jest energia tego powinowactwa, tego dowodzi między innemi fakt, że do odszczepienia z białka grupy węglowodanowej trzeba użyć tak energicznych działań, jak gotowania z kwasami. Jeżeli teraz zapytamy, — a pytanie to stanowi podstawę do wszelkiej teoryi powstawania swoistych produktów reakcyjnych, — jak się w ustroju zachowują jady, to oczywiście musimy odpowiedzieć, że wszelki jad tylko pod tym warunkiem może na ustrój jakiekolwiek wywrzeć działanie, jeżeli ma do jego części składowych powinowactwo chemiczne. Jad pozbawiony takiego powinowactwa do danego ustroju będzie dlań obojętnym i na tym to fakcie w niektórych przynajmniej przypadkach polega wrodzona odporność pewnych gatunków zwierząt wobec pewnych jadów. Doświadczenia, w których przez uodpornianie zapomocą toksoidów, tj. atoksycznych odmian jadu, udało się uzyskać wytworzenie antytoksyn, wykazują, że grupa toksyczna sama przez się nie warunkuje tego powinowactwa jadu do komórek ustroju, że natomiast grupie chwytnej przypada ta funkcya w udziale. Zachodzi teraz pytanie, jak sobie to połączenie jadu z wrażliwymi składnikami ustroju wyobrazić, do jakiego z wymienionych wyżej typów je odnieść? Prace lat ostatnich, — że wymienię tylko nazwiska Czystowicza, Bordeta, Myersa, Wassermanna i Schützego i Uhlenhutha — wykazały, że najróżnorodniejsze ciała białkowate pochodzenia zwierzęcego i roślinnego wywołują przy dłuższem uodpornianiu podobne produkta swoistej reakcyi ze strony ustroju, jak jady, ciała bakteryjne lub komórki obcych gatunków zwierząt. Prace te przez analogię wskazują, że działanie jadów i ciał pokrewnych na komórki wrażliwe ustroju wchodzi w zakres spraw przyswajania, budując w ten sposób pomost między dziedziną odporności a wielką i niesłychanie ważną funkcyą przyswajania. Takie przyswojenie jadu będzie oczywiście tylko wtedy możliwem, jeżeli zarówno jad, jak wrażliwa protoplazma zawierają w swym składzie grupy o pewnem powinowactwie chemicznem; w składzie jadu będzie to grypa chwytna, która, jak widzieliśmy, rozstrzyga o działaniu jadu w ustroju, czy to toksycznem, czy uodparniającem; w składzie protoplazmy zaś hipotetyczną tę grupę,

[1]) Rozpr. Akad. Umiej. w Krakowie. Wydz. mat.-przyr. posiedz. 8 maja 1902 r.

która wyobraża jej powinowactwo, czy to dla jakiego białka przyswajanego, czy to dla jadu, Ehrlich nazywa chwytnikiem (receptorem). Posługując się symbolami stereochemicznymi, które już E Fischer z wielkiem powodzeniem zastosował był do nauki o fermentach, przedstawia Ehrlich żywą protoplazmę, jako złożoną z jądra czynnościowego *(Leistungskern)*, pełniącego swoistą funkcyę danej komórki (lecz nie identycznego z morfologicznem jądrem komórkowem) i z osadzonych na niem łańcuchów bocznych *(Seitenketten)*, służących jako chwytniki dla ciał odżywczych. Przy niesłychanie zawiłym i różnorodnym chemizmie przemiany materyi będzie łatwo zrozumiałem, że ilość tych różnorodnych chwytników protoplazmy będzie bardzo wielka i że zgodnie z bardzo chwiejną równowagą drobiny (molekułu) protoplazmy, ciągłym podlega zmianom ilościowym i jakościowym; w dalszym ciągu wywodów będę miał sposobność pogląd ten bliżej objaśnić przykładami. Logicznem tego poglądu następstwem jest postulat, że te tylko ciała zdolne są wytworzyć odporność, które mogą przez ustrój być przyswajane mocą swoistego swego powinowactwa do jego składników tkankowych; wszystkie dotychczasowe spostrzeżenia z postulatem tym się zgadzają; znamy dotąd tylko odporność przeciw jadom bakteryj, węży i ropuch, jak również przeciw niektórym toksalbuminom roślinnym, jak rycynie, abrynie, krotynie; natomiast dotąd nie udało się uzyskać prawdziwej odporności przeciw toksycznym alkaloidom i glikozydom, a rzekoma surowica przeciwarsenikalna Besredki nie wytrzymała ściślejszej krytyki. (Ciąg dalszy nast.).

III. Leczenie operacyjne ropni w jamie Douglasa w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego *(appendicitis)*.

Podał

Dr. Aleksander Bossowski,

Docent Chirurgii Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Dokończenie).

Opróżnianie ropni jamy Douglasa przez ścianę odbytnicy pomimo wyników korzystnych, jakie osiągnął i ogłosił Rotter, nie potrafiło zjednać sobie ogólniejszego uznania, lecz przeciwnie natrafiło na dość ostrą krytykę, czego dowodzi między innemi dyskusya, przeprowadzona w lutym p. r. na posiedzeniu Tow. lekarskiego w Wiedniu. Wprawdzie Rotter w uwagach wstępnych swej pracy: „Zur Pathologie und Therapie der Douglasabscesse“ określa ściśle, że do ropni jamy Douglasa zalicza tylko te ogniska ropne, które leżą na dnie zaułka otrzewnej i pokryte są kopułą między sobą zrośniętych pętli jelitowych, wszystkie zaś inne ropnie, gdzie pomiędzy dnem zatoki Douglasa, a nagromadzoną ropą leżą zrośnięte lub wolne pętle jelita, zalicza do zapaleń wyrostka robaczkowego *(perityphlitis)* w małej miednicy, to jednak każdy przyzna, że odróżnienie to jest zbyt nikłe i w wielu razach w praktyce wyśledzić się nie da. Wszak biorąc pod uwagę sam sposób powstawania ropni w jamie Douglasa według poglądu Rottera, przypuścić wolno, że po pęknięciu wyrostka robaczkowego zakaźna treść jego, spływając do zatoki Douglasa znacznie pogłębionej, n. p. przez wypełniony pęcherz, zastaje tam już leżącą na dnie pętlę jelita cienkiego, ciężką, bo pełną treści i że rychło dołączające się podrażnienie otrzewnej zlepia ją z dnem zatoki, tak jak zlepia i pętle wyżej i z boku położone. Niemniej jednak rozwijający się następnie ropień leży w jamie Douglasa i niema słusznego powodu, aby mu tej nazwy odmówić. Że zaś odróżnienie ścisłe jednego ropnia od drugiego jest częstokroć wprost niemożliwe, świadczy wzmianka samego Rottera, że w poszczególnych przypadkach wypuklenia wyraźnego ściany odbytnicy, nakłucie próbne nie wykazało ropy, a co więcej, że kilkakrotnie przy swojem postępowaniu nakłuł pętle jelita cienkiego i aspirował ich treść do strzykawki, chociaż, na szczęście, zdarzenie to nie miało szkodliwych następstw dla chorych. Przypadek spostrzegany przezemnie dowodzi również, że droga odbytnicza, wskrzeszona w celu otwierania ropni w jamie Douglasa, niezawsze wolna jest od niebezpieczeństwa i wymaga w każdym razie większej baczności, niżli poświęca jej Rotter.

Mężczyzna lat 26 liczący, urzędnik pocztowy, zachorował nagle śród objawów ostrego zadrażnienia otrzewnej w dole biodrowym prawym i w 16-tym dniu choroby przewieziony został do szpitala Braci Miłosierdzia z rozpoznaniem *epithyphlitis*.

Tu stwierdzono mierne wzdęcie brzucha w dolnej jego części, brak bolesności w miejscu typowem wyrostka robaczkowego, natomiast przy głębszym ucisku bolesność od strony lewej w okolicy nadpachwinowej wewnętrznej, gdzie też przy każdem znaczniejszem poruszeniu się w łóżku i w czasie przewożenia do szpitala doznawał chory bólu wewnętrznego. Stan zresztą bezgorączkowy, wypróżnienia tylko po lawatywie z mierną bolesnością w brzuchu. Badanie przez odbytnicę wykazuje w wysokości końca palca badającego wyraźne wypuklenie przedniej ściany odbytnicy, elastyczne, bolesne przy dotyku, bez wybitnego jednak chełbotania. Rozpoznano ropień w jamie Douglasa, powstały w przebiegu *epityphlitis*, i przystąpiono do operacyi cięciem przez powłoki brzuszne, torując sobie drogę pozaotrzewnowo w głąb miednicy. Tam natrafiono na silne i grube zrosty, a po rozdzieleniu ich na tępo dotarto do jamy ropnia, położonego w zatoce Douglasa. Po wydaleniu ropy mogłem dopiero stwierdzić, jak niebezpiecznem byłoby otwarcie ropnia przez ścianę odbytnicy, albowiem na dnie zatoki Douglasa leżała przyrośnięta pętla jelita cienkiego, przylegająca ściśle do ściany odbytnicy. Bez otwarcia zatem wolnej jamy brzusznej udało się w przypadku przytoczonym opróżnić ropień usadowiony w jamie Douglasa, poczem, po wytamponowaniu go gazą, oczyszczeniu pola i rąk, przedłużyłem pierwotne cięcie w powłokach brzusznych w kierunku prawego kolca biodrowego i otworzyłem w dole biodrowym wolną jamę brzuszną. Tu odszukałem i odciąłem u podstawy przebity na szczycie wyrostek robaczkowy, przytwierdzony daleko od ropnia w jamie Douglasa dość zbitymi zrostami z siecią i jelitem. Część zewnętrzną rany w powłokach, prowadzącą do wolnej jamy brzusznej, zamknięto dokładnie szwem, resztę rany zostawiono otworem, wprowadziwszy przez nią gazę i sączki w głąb do jamy ropnia w zatoce Douglasa.

Przebieg pooperacyjny był całkiem prawidłowy, część rany zespojona szwem zgoiła się przez rychłozrost, a chory po upływie 10-ciu tygodni opuścił szpital z małą przetoką, pozostałą w miejscu rany tamponowanej i sączkowanej. Po kilku tygodniach później przetoka zamknęła się doszczętnie.

Przypadek opisany stwierdza dowodnie, że wywody teoretyczne, odnoszące się do rozgraniczenia jamy Douglasa i odbytnicy przez pętlę przyrośniętego do jej ściany jelita, w praktyce uwzględnione być winny; a mając tę możliwość raz na uwadze, należałoby ograniczyć postępowanie podane przez Rottera do tych przypadków, gdzie ropień opuszcza się nizko ku rzyci i wypuklając wybitnie ścianę odbytnicy, objawia wyraźne chełbotanie. W tych razach jedynie usprawiedliwione jest i dopuszczalne poniekąd otwarcie go przez ścianę odbytnicy, zwłaszcza jeżeli chodzi o doraźne opróżnienie ropy w sposób najmniej wyczerpujący wobec znacznego upadku sił chorego. Zabieg bowiem, zmierzający do leczenia operacyjnego ropnia jamy Douglasa, wytworzonego w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego, winien mieć na względzie nietylko

1) najłatwiejsze dla operującego, a dla chorego najmniej wysilające nacięcie ściany ropnia w zatoce Douglasa, lecz również

2) odsłonięcie pola operacyjnego tak dokładne, aby umożliwić obok opróżnienia ropnia w jamie Douglasa równoczesne otwarcie innych ognisk ropnych, powstałych w przebiegu zapalenia wyrostka, i

3) zapewnienie po operacyi jak najswobodniejszego odpływu ropie ze wszystkich ognisk.

Z dróg wyżej wymienionych żadna sama przez się nie łączy w sobie dopiero co przytoczonych warunków, a wykluczając drogę międzykroczową i kulszo-odbytniczą, które wobec znacznych trudności technicznych i silnego krwotoku nie dają nawet należytego poglądu na stosunki w zatoce Douglasa, pozostają do wyboru jedynie droga przykrzyżowa *(parasacralis)*, zalecana przez Hochenegga i cięcie typowe przez powłoki brzuszne z pozaotrzewnowem torowaniem drogi do zatoki Douglasa, którego zwolennikami oświadczyli się Schlange, Gussenbauer i inni. Droga krzyżowa uchyla wprawdzie wszelkie niebezpieczeństwo otwarcia i zakażenia z ogniska ropnego wolnej jamy brzusznej, stwarza niewątpliwie należyty dostęp do zatoki Douglasa i zapewnia po osączkowaniu swobodny odpływ ropie; z drugiej strony jednak uniemożliwia odkrycie ognisk ropnych, powstałych równocześnie w innych miejscach jamy brzusznej w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego, które stosunkowo często obok ropnia w jamie Douglasa się pojawiają, a przy badaniu przedoperacyjnem niejednokrotnie wykazać się nie dają.

Jak wynika bowiem z zestawienia Rottera, na 26 przypadków przez niego operowanych przez krocze lub odbytnicę, tylko w 12-tu ropień w jamie Douglasa stanowił jedyne ognisko ropne; między 7-ma przypadkami z kliniki Garrégo, w trzech znachodziły się nadto w jamie brzusznej dalsze odgraniczone ropnie. Przy zastósowaniu drogi krzyżowej ropnie te, nie wchodzące w obszar zatoki Douglasa, wymagają odrębnego nacięcia od strony powłok brzusznych, wobec czego wartość tej metody ulega znacznemu upośledzeniu

Dostęp do ropnia w jamie Douglasa, torowany cięciem przez powłoki brzuszne, przedstawia bezsprzecznie zabieg trudniejszy i cięższy dla chorego, wobec głębokiej siedziby ropnia w miednicy małej, naprowadza jednak w wielu razach po drodze swej na ślad ognisk ropnych dalszych, współcześnie istniejących i dopuszcza w poszczególnych przypadkach korzystnych wycięcie równoczesne wyrostka robaczkowego, przez co zaoszczędza choremu ponowną operacyę doszczętną. Przyznać jednak należy, że leczenie następowe po otwarciu ropnia w jamie Douglasa od strony powłok brzusznych przeciąga się bardzo długo skutkiem niedostatecznego opróżniania się jamy, choćby najlepiej osączkowanej; to też równoczesne wykonanie przeciwcięcia z dna jamy Douglasa pod kontrolą oka stwarza dopiero warunki przestrzegane przy leczeniu każdego ropnia przez zapewnienie należytego odpływu ropie z najniższego punktu jamy, a tem samem nie może pozostać bez wpływu na skrócenie czasu leczenia następowego. Wprawdzie Schlange, jako przeciwnik sączkowania przez odbytnicę, doradza zamiast nacinania jej ściany z dna zatoki Douglasa, założenie raczej kilku sączków na dno miednicy i ułożenie chorego na brzuchu w ciągu leczenia pooperacyjnego; — to jednak wykonanie przeciwotworu z dna zatoki Douglasa w okolicę krzyżową z pominięciem odbytnicy, mieści w sobie tyle niewątpliwych korzyści, że dodatkowy ten zabieg zaleca się wprost, jako wskazanie dalsze po otwarciu ropnia jamy Douglasa cięciem, wychodzącem od powłok brzusznych.

IV. Wyciągi.

Dr. W. Rosenblath. **Chloroma i białaczka.** (*Deutsches Archiv für klinische Medicin*, 1902, Bd. 72). Autor opisuje dwa przypadki chloromu, spostrzegane przez niego w szpitalu w Kassel. W obu przypadkach objawy kliniczne bardzo były do siebie zbliżone. Choroba rozwinęła się u osobników młodych, w 8-mym i 15-tym roku życia. Wśród objawów ciężkiej niedokrewności przyszło do wytworzenia się guzów nowotworowych na okostnej różnych części kośćca. Najbardziej zwracającem uwagę było usadowienie się guzów nowotworowych poza gałkami ocznemi, czego następstwem było wysadzenie gałek ocznych wysokiego stopnia. W czasie przebiegu choroby pojawiały się liczne wybroczyny podskórne, a badanie krwi wykazało znaczne zmniejszenie się liczby ciałek czerwonych, a zwiększenie się ciałek białych. W jednym przypadku liczba ciałek białych wynosiła 300.000, w drugim zaś 58.000, nadto w pierwszym przypadku białaczkowy skład krwi pojawił się nagle w czasie spostrzegania. Co do stosunku ciałek białych, to limfocytów małych było niewiele, również i neutrofilów, a głównie obfitowały jednojądrzaste ciałka różnej wielkości o wązkim rąbku protoplazmy, a jądrze słabo się barwiącem, okazującem siateczkowate nieco ziarniste utkanie. Choroba po czterech miesiącach w obu przypadkach zakończyła się śmiercią.

Sekcye wykazały w obu przypadkach na okostnej w różnych okolicach kośćca, a w szczególności na dnie oczodołów i wzdłuż kręgosłupa guzy nowotworowe zielono zabarwione, oraz przerzuty w narządach okazujących utkanie gruczołowe. Co do dokładniejszych objaśnień anatomo-histologicznych, odsyła autor do pracy Dra Risla, omawiającej dokładnie oba to przypadki pod tym względem. (*Zur Kenntniss des Chloroms. Aus dem pathol. Institut in Leipzig. Deutsches Archiv für klin. Med.*). Na podstawie szczupłej kazuistyki, jakoteż własnego spostrzegania, usiłuje autor nakreślić obraz kliniczny tej rzadkiej choroby. Występuje ona zwykle w wieku młodocianym i rozpoczyna się ogólnem osłabieniem, bladością powłok zewnętrznych i biciem serca. Wkrótce przychodzi do tworzenia się guzów nowotworowych w różnych okolicach kośćca. Charakterystycznem jest występowanie tych guzów w oczodołach, co w następstwie sprowadza wysadzenie gałki ocznej i utratę wzroku. Często bywają zaburzenia w narządzie słuchu, jakoteż bujanie nowotworu do jam nosowych. Do porażeń nerwów mózgowych lub też do ucisku na rdzeń nigdy prawie nie przychodzi. Niekiedy uważano w moczu zielone zabarwienie. Zmiany we krwi dopełniają obrazu chorobowego, albowiem w większej części przypadków spostrzegano ciężką niedokrewność, usposobienie do krwotoków, w kilku zaś białaczkowy skład krwi. Zastanawiając się nad wynikiem badania krwi i opierając się na znacznej liczbie jednojądrzastych ciałek, odmiennych od limfocytów, a równocześnie o protoplazmie nie okazującej ziarnistości neutrofilnej, porównuje autor ten obraz chorobowy krwi do ostrej białaczki. Jako miejsce powstawania wspomnianych ciałek białych uważa szpik kostny, który w obu przypadkach autora był patologicznie zmieniony. Przebieg choroby jest krótki, zejście śmiertelne.

W drugiej części swej pracy opisuje autor przypadek białaczki ostrej przez siebie spostrzeganej, gdzie badanie krwi wykazało białaczkowy jej skład, sekcya zaś prócz zmian w szpiku kostnym innych zmian nie wykazała. Następnie przytacza dwa przypadki z piśmiennictwa, gdzie w jednym do obrazu niedokrewności złośliwej przyłączyła się następnie białaczka, a sekcya również wykazała tylko zmiany w szpiku kostnym; w drugim zaś, podobnie przebiegającym, zmiany w szpiku były nieznaczne. Ponieważ zwykle bada się krew już w okresie rozwiniętej białaczki, a zachowanie się krwi w okresie poprzednim najczęściej nam nie jest znane, ztąd wniosek, według zdania autora usprawiedliwiony powyższymi przypadkami, że ciężka niedokrewność może być jedną z faz początkowych rozwijającej się białaczki.

W końcu pracy wyraża autor przekonanie, oparte na spostrzeganych przez siebie przypadkach chloromu, jakoteż na przytoczonych przypadkach białaczki, że skład białaczkowy krwi jest tylko objawem chorobowym i nie uprawnia do czynienia rozpoznania, obejmującego pod pojęciem białaczki obraz jakiejś jednostki chorobowej. *Dr. Erwin Międzowicz* (Kr. kl. ch. w.).

Niedner (Berlin). **O tamowaniu krwi w krwotoku płucnym.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 23, 1902). Wiadomo powszechnie, że w rozpaczliwych przypadkach krwawień w ogólności, a krwotoków płucnych w szczególności, gdy wszystkie inne środki wewnętrzne zawodzą, stosuje się wstrzykiwania żelatyny bądź wprost do żył, bądz też podskórnie. Tego środka chwycił się także autor, przyczem zauważył, że natychmiast po podskórnem wstrzyknięciu żelatyny, ta połowa klatki piersiowej, po której było miejsce wstrzyknięcia, prawie że nie brała udziału w ruchach oddechowych. Wpadł więc na myśl, czy też przypadkowo lwia część całego tamowania krwi nie przypada w udziale temu właśnie poniekąd unieruchomieniu odnośnej połowy klatki piersiowej, a tem samem i krwawiącego płuca; — jeśliby to przypuszczenie było trafne, wówczas i mechaniczne ustalenie zapomocą opatrunku schorzałej strony powinno korzystnie wpłynąć na krwotoki płucne. Przyjmując więc za punkty stałe, przyczepne, z jednej strony mostek, a z drugiej kręgosłup, oblepiał autor w odpowiednich przypadkach chorą połowę klatki piersiowej ponad bark i popod pachę dachówkowato ułożonymi paskami przylepca kauczukowego, przyczem wypełniał dołki nad- i podobojczykowe watą, zarówno i cienką warstwę waty kładł na obojczyk i grzebień łopatki w celu ochrony od możliwego otarcia, lub odleżyn. Tem postępowaniem uzyskał Niedner w 7-miu przypadkach wcale korzystne wyniki i dlatego usilnie zaleca do dalszego próbowania. *Dr. Henryk Pisek* (Podgórze)

Conheim. **O działaniu leczniczem wielkich dawek oliwy przy organicznych i kurczowych zwężeniach odźwiernika i dwunastnicy i ich następstwach** (*Gastrectasia*). (*Therapie der Gegenwart* 1902. Z. 2). Chory, cierpiący z powodu urazu na wymioty i kurcze żołądkowe po jedzeniu, objawy odpowiadające zwężeniu odźwiernika, prawdopodobnie po przebytym wrzodzie żołądka, gdy zastosowane płókania żołądka nie odniosły skutku, pił co nocy szklankę oleju lnianego, a skutek był ten, że wszystkie dolegliwości znikły. Zastanawiając się nad tem, że oliwa działa jako środek łagodzący także dobrze w raku przełyku, kurczowych zaparciach i kamicy żółciowej, stosował autor w kilkunastu przypadkach leczenie oliwą z wynikiem bardzo pomyślnym tak, że niektóre przypadki, w których dotychczasowe leczenie było bez skutku, a operacya zdawała się być nieuniknioną, bez niej się obeszło, a chorzy wyzdrowieli. Wyjątek stanowi przypadek zwężenia na tle histerycznem. Rano, naczczo, wlewa się do żołądka 100—150 sz. ctm. ogrzanej do 37° C. oliwy, chory zostaje przez 15—25 minut na boku prawym, i pozostaje naczczo jeszcze z godzinę. W razie napadów podczas dnia podaje się jeszcze drugą dawkę przed spaniem w ilości 50 sz. ctm., i to zazwyczaj wystarcza. W późniejszych okresach chory sam bierze trzy razy dziennie po 1—2 łyżek na ½ godziny przed jedzeniem. Niemiłe uczucie po zażyciu oliwy znika zazwyczaj po zażyciu odrobiny soli kuchennej, lub koniaku. Wynik zadowalniający może być osiągnięty po dłuższem tylko stosowaniu tego sposobu i autor dochodzi do następujących wniosków: 1) przypadki rozstrzeni żołądka, spowodowane przez skurcz odźwiernika na tle wrzodu lub nadżerek w okolicy odźwiernika, bywają wyleczone w krótkim czasie, albo znacznie się poprawiają przez codzienne wlewanie oliwy (100—250 sz. ctm.; 2) bliznowate zwężenia odźwiernika lub dwunastnicy poprawiają się znacznie przy stosowaniu tego leczenia; 3) względne zwężenia odźwiernika lub dwunastnicy, cechujące się występowaniem w kilka godzin po jedzeniu nieustającego sokotoku i skurczu odźwiernika, znikają zupełnie, lub poprawiają się; 4) leczenie oliwą stosuje się najlepiej przez podawanie po 50 sz. ctm. na godzinę przed jedzeniem trzy razy dziennie, lub przez wlewanie do próżnego żołądka 100—150 sz. ctm., zawsze o ciepłocie 37° C.; 5) oliwa uśmierza skurcz, zmniejsza tarcie i działa jako dobry środek odżywczy; 6) uspokaja bóle przy wrzodzie żołądka bez jakichkolwiek następstw ujemnych; 7) nie działając przy skurczach na tle nerwowem, daje wskazówkę do rozróżnienia tych przypadków; 8) leczenie oliwą, usuwające częstokroć bardzo ciężkie objawy skurczu, powinno być używane w każdym przypadku zwężenia odźwiernika, przeznaczonego już do operacyi, zanim się do niej przystąpi. *Dr. J. Münzer* (Lwów).

Sarremone. **O wyroślach gruczołowatych w jamie nosowo-gardłowej.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, lipiec, 1901). Pomimo, że w wielu przypadkach przy pomocy operacyi, wykonanej z powodu objawów i następstw wyrośli gruczołowych, wydobywa się nieznaczne tylko wyrośle, a badanie następowe wykazuje zwężenie dróg oddechowych i jamy nosowo-gardłowej, to jednak zdaniem autora należy ten zabieg operacyjny wykonać, gdyż daje on dobry wynik i objawy zwężenia ustępują. Z powodu bowiem tego zwężenia małe i nieznaczne wyrośle są wystarczające do zatkania przewodu nosowego i spowodowania jego następstw. *Jan Landau.*

Imerwol (Jassy). **Przyczynek do patogenezy i rozpoznania różniczkowego t. zw. „Cirrhosis cardio-tuberculosa".** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, sierpień, 1901). Zdaniem Hutinela marskość wątroby u dzieci przyłącza się najczęściej do zarośnięcia gruźliczego worka osierdziowego i tę formę H. nazywa „Cirrhosis cardio-tuberculosa". Obraz jej przedstawia się w ten sposób: pierwotne zajęcie gruźlicze serca jest utajone, a objawami jego są: sinica, tętno t. zw. wątrobowe asystoliczne, przerost wątroby i towarzyszące mu nagromadzenie płynu w jamie brzusznej i duszność. Sekcya wykazuje: marskość wątroby, zrosty gruźlicze worka osierdziowego, rozległe zrosty opłucnej, zserowacenie gruczołów śródpiersia, nieznaczne zmiany gruźlicze w płucach, zrosty przepony z wątrobą, żołądkiem, siecią i zgrubienia otrzewnej. Zmiany w wątrobie przedstawiają się bądź jako zmiany zastoinowe, bądź też jako stłuszczenie. W ostatnich latach spostrzegał autor trzy przypadki, odpowiadające powyższemu obrazowi, a mianowicie u dwojga czteroletnich dzieci i u $2^1/_2$-letniego dziecka. W tym ostatnim przypadku znalazł J. znaczne zmiany gruźlicze w płucach i pakiet gruczołów zacieśniający żyły wątrobowe. Autor tłómaczy zastoinę wątroby w pierwszych dwóch przypadkach uciskiem, wywartym na ujście żyły głównej dolnej przez zrosty włóknikowe osierdzia. *Jan Landau.*

Porge. **Przyczynek do patogenezy białkomoczu w wieku dorastania.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*. Grudzień, 1901). Spostrzegając w ostatnich 9 latach 41 przypadków tego cierpienia, odróżnia P. trzy postacie: *albuminuria orthostatica, cyclica* i *digestiva*. Pierwsza powstaje przy pionowej postawie ciała, druga zazwyczaj zrana, a trzecia w czasie trawienia. Właściwością wszystkich trzech postaci jest to, że w poziomem ułożeniu ciała białko z moczu znika, a różnią się tylko co do czasu występowania białka. Co się tyczy sposobu powstawania białkomoczu autor odrzuca wszystkie inne teorye i odnosi go tylko do przyczyn mechanicznych, a popiera zapatrywanie swoje badaniami klinicznemi i rozbiorem moczu. U osobników tych odpływ krwi żylnej jest utrudniony, mięśnie są wiotkie i kurczą się powoli, w nerkach naczynia odprowadzające krew nie mają zastawek; skutkiem tego następuje zastój krwi żylnej i zwolnienie krążenia. Gdy więc krew żylna natrafia na opór, albo gdy ciśnienie w żyłach jest większe, niż w tętnicach, występuje białkomocz. Rozbiór moczu dziennego wykazał zmniejszenie ilości moczu (*oliguria*), a kryoskopią wykazano zmniejszenie molekularnej przemiany materyi. Prócz tego zdaniem autora mechaniczna ta teorya umożliwia energiczniejsze działanie lecznicze w odpowiednich przypadkach. *Dr. Jan Landau.*

Boulay. **Wrodzone zamknięcie tylnego otworu nosowego.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*. Grudzień, 1901). Autora uderzyło, że zamknięcie tylnego otworu nosowego sprawia tak nieznaczne przypadłości, że dopiero w 18 lub 20-tym roku, lub nawet później zgłaszają się chorzy do lekarza, a ponieważ ciało, zamykające otwór w tym wieku, już jest skostniałe, można je usunąć zapomocą trepanacyi po odpowiedniem znieczuleniu. Często w przypadkach tych rozpoznanie jest błędne, gdyż objawy są podobne jak przy obecności wyrośli gruczołowatych. *Dr. Jan Landau.*

Powzner. **Przypadek przesięku rzekomo mleczowego (chylusowego) w worku opłucnowym.** (*Russkij Archiw patologii, klin. mediciny* i *bakteryologii* 1902. t. 13, zeszyt 3). W ostatnich latach znajdujemy w piśmiennictwie szereg przypadków nagromadzenia się w jamach surowiczych przesięków i wysięków rzekomo mleczowych, których barwa mleczna i opalescencya zależały nie od tłuszczu, lecz od innych substancyj, między innemi od ciał

białkowatych. W niektórych przypadkach znajdowania się podobnego płynu w jamie brzusznej udało się wydzielić i samą substancyę białkowatą. Podobną lukę względem worka opłucnowego wypełnia Penzner: w jednym przypadku, spostrzeganym w klinice prof. Leubego (Würzburg), wydzielił on i dokładnie zbadał substancyę, która wywoływała mleczną barwę i opalescencyę cieczy. Substancyą tą okazała się lecytyna. Przypadek dotyczył chorego na zapalenie nerek. Obecność więc przesięku pseudo-chylusowego nie świadczy jeszcze o sprawie nowotworowej, jak przypuszczano dotychczas. *Witold Orłowski.*

Einis. **Zewnętrzne stosowanie kwasu salicylowego w ostrych cierpieniach gośćcowych.** (*Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 14). Autor poleca gorąco w ostrych cierpieniach gośćcowych zewnętrzne stosowanie kwasu salicylowego i przekłada tę metodę nad wewnętrzne podawanie tego przetworu. Używa on zwykle wilgotnych ciepłych zawijań, poleconych jeszcze przez Ruela, a następnie przez Müllera. W tym celu paski waty higroskopijnej szerokości 1 ctm. macza się w płynie o składzie: *Rp. Alcohol. absoluti 100,0 Ol. ricini 200,0 Acidi salicylici 20,0;* tak przyrządzoną watą okładają się chore stawy, lub inne części ciała, uległe schorzeniu, watę pokrywa się opatrunkiem z materyału nieprzemakalnego, a na to wszystko stosuje się suchą, zwyczajną watę, nie pozbawioną tłuszczu. Okłady te należy zmieniać raz na dobę. W niektórych przypadkach ostrego gośćca stawowego i gośćcowego zapalenia opłucnej używał autor wcierań maści salicylowej (10% salicylowy wasogen, lub terpentynowo-salicylowa maść prof. Ziemssena), lecz wyniki były mniej skuteczne, niż pod wpływem zawijań. E. stosował te zawijania w 38 z górą przypadkach, przeważnie ostrego gośćca stawowego i mięśniowego, oraz gośćcowego zapalenia opłucnej. Objawy miejscowe, jak bole, obrzmienie stawów i t. d. znikały, ciepłota obniżała się i szybko następowało wyzdrowienie. *Witold Orłowski.*

Rostowcew. **Przypadek rzadkiego powikłania duru brzusznego krwotokiem z gruczołu krezkowego o przebiegu, naśladującym zapalenie okołokątnicze.** (*Bolnicznaja Gazeta Botkina* 1902, Nr. 14). R. spostrzegał w chirurgicznym oddziale szpitala Obuchowskiego (Petersburg) nader rzadkie powikłanie duru brzusznego, które rozpoznawano za życia, jako ropień około wyrostka robaczkowego, który przedziurawił się wskutek owrzodzenia durowego. Podczas operacyi stwierdzono ropiejący już krwiak (*haematoma*); sekcya zaś wykazała, że krwotok pochodził z gruczołu krezkowego, który pod wpływem zakażenia durowego uległ schorzeniu; wyrostek robaczkowy był mało zmieniony; przedziurawienia zaś w jelitach wcale nie było. *Witold Orłowski.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Orthoform. (*Merck, Bericht über das Jahr 1901*). Wbrew dawniejszemu mniemaniu o nieszkodliwości tego środka nowe spostrzeżenia wielokrotnie stwierdziły niewątpliwe zatrucie ortoformem. Godnem jest uwagi, że punktem wyjścia zatrucia nigdy nie była rana błony śluzowej. W przypadkach zatem, gdzie chodzi o zadziałanie na ranę błony śluzowej środkiem miejscowo znieczulającym, możemy bez obawy używać ortoformu. To działanie znieczulające, trwające kilka godzin, ma zastosowanie zwłaszcza w raku i wrzodzie okrągłym żołądka. Skuteczna dawka ortoformu, rozpuszczonego w małej ilości wody, wynosi 0,50.

Bouveyron i Siraud (*Sem. medic.* 1901, Nr. 50) zalecają ortoform przeciw bólom głowy, występującym w przebiegu kiły drugorzędnej. Jeżeli ból głowy jest przerywany, podajemy 0·5 grm. ortoformu na godzinę przed przypuszczalnym nawrotem cierpienia; zaś dwie dalsze dawki podajemy w ciągu nocy; przy bólu głowy nieustającym stosujemy co 6 godzin 0·50 grm. tego środka. Aby uniknąć zaburzeń żołądkowych, należy domieszać równą ilość dwuwęglanu sodowego. Spiess (*Münch. med. Wochs.* 1901, Nr. 15) wdmuchiwał ortoform w tylną część przełyku w przebiegu krztuśca. U dzieci powyżej lat trzech należy co dwie godziny powtarzać 3 do 4 podobnych wdmuchiwań; u dzieci mniejszych wystarcza 3—4 razy dziennie, a w razie potrzeby i w nocy. *Dr. T. Ż.*

Physostigminum salicylicum. (*E. Merck, Bericht über das Jahr* 1901). Lek ten, ceniony od lat 20 w praktyce weterynarskiej, jako podskórny środek czyszczący w przebiegu kolki u koni, w medycynie miał dotąd zastosowanie tylko jako środek zwężający źrenicę. Obecnie Noorden (*Berliner klin. Wochenschrift* 1901 Nr. 42) zaleca go w celu zwalczania groźnych objawów bębnicy przy zwiotczeniu ścian jelitowych. Bębnica w przebiegu zapalenia otrzewnej i duru brzusznego pod wpływem tego środka znacznie się zmniejsza. Odkrycie tej własności jest bardzo cenne, gdyż dotąd w tych właśnie przypadkach byliśmy prawie zupełnie bezsilni. Stosować najlepiej według następującego wzoru:

Rp. *Physostigmini salicylici 0·0005.*
Sacchari lactis 0·3.
M.f. pulvis D. t. d. Nr. V.
S. 2—3 razy dziennie 1 proszek. *Dr. T. Ż.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 13 maja, 1902 r.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i z małemi poprawkami przyjęto.

Kol. Reiss mówi »O sposobach mechanicznego leczenia rzeżączki przewlekłej«, mianowicie części przedniej i tylnej cewki moczowej, jak również o warunkach powstawania zwężeń rzekomych cewki, t. zw. zwężeń naciekowych w znaczeniu Otisa, jako też zwężeń prawdziwych, t. j. powstałych przez wytworzenie się tkanki łącznej. Prelegent omawia historyę leczenia mechanicznego ściśle ograniczonych ognisk rzeżączki przewlekłej za pomocą sond metalicznych ciężkich i rozszerzadeł, zalecanych przez rozmaitych autorów. Wykazuje wady w kierunku leczniczym rozszerzadła dwulistnego Oberländera i omawia niewłaściwość rozszerzania cewki w jednym tylko wymiarze. Następnie demonstruje przyrząd Lohnsteina, przeznaczony do leczenia przedniej części cewki moczowej, który wyraża o tyle postęp w zabiegach terapeutycznych, że rozszerzanie cewki odbywa się nietylko w kierunku pionowym, ale w dwóch wymiarach, przyczem przyrządem tym możemy równocześnie przepuszczać wodę, względnie roczyny lecznicze i obok leczenia mechanicznego stosować leczenie miejscowe lekami. Krok naprzód w terapii mechanicznej nacieków w błonie podśluzowej stanowią rozszerzadła Kollmana, które kol Reiss demonstruje, omawiając równocześnie wyniki leczenia tymi przyrządami. Przyrządy Kollmana są dla przedniej i tylnej części cewki o tyle odpowiedniejsze, o ile są czterolistne, dokładniej skonstruowane i pozwalają rozszerzać cewkę w kierunku jej wymiarów fizyologicznych, a przytem połączone są z bardzo dobrze funkcyonującym przyrządem irygacyjnym. Jeżeli idzie o rozszerzanie zwężeń prawdziwych, skonsolidowanych, przepuszczamy przez irygator równocześnie strumień wody możliwie gorącej, która działa bardzo korzystnie na oporność zwężeń modzelowatych, jak również przyspiesza wessalność głębokich nacieków rzeżączkowych w błonie podśluzowej. W przypadkach świeższych można przepuszczać przez kaniulę irygacyjną leki swoiste, jeżeli znajdujemy w wydzielinie gruczołowej gonokoki, lub środki ściągające, jeżeli istnieje ku temu wskazanie. Korzystne leczenie przyrządami Kollmana polega głównie na tem, że działanie środków leczniczych łączymy z równoczesnem leczeniem mechanicznem w kierunku wessalności nacieków głębszych i że płyn leczniczy styka się z błoną śluzową napiętą i wygładzoną, przyczem umożliwia się dostęp leku do obszarów błony śluzowej niezupełnie dostępnych w warunkach prawidłowych. Jeżeli uwzględni się przytem odpowiednie mięsienie błony śluzowej, możliwe na przyrządzie uregulowanym choćby na O skali Chariera, możemy znaleźć w przyrządach Kollmana wszelkie warunki, korzystne w leczeniu rzeżączki przewlekłej bez powikłań. Jedyną może wadą przyrządów Kollmana jest wysoka ich względnie cena, a wreszcie niestosunek, zdaniem prelegenta, ciężaru trzonu przyrządu do jego części końcowej, skutkiem czego przyrząd staje się nieco niezgrabny i nieporęczny. Może dalsze wydoskonalenia błąd ten w znacznej części usuną.

W dyskusyi zabierają głos koledzy: Steuermark, Borzęcki, Sokołowski, Żydłowicz, Schwarz i Boczar, a wreszcie kol. Reiss objaśnia niektóre szczegóły, oparte na podstawie doświadczenia z praktyki.

Kol. Steuermark przedstawia młodego pacyenta ze zmianami gruźliczemi w kościach stopy, u którego na skórze znajduje liszaj skrofuliczny i »folliculitis«, które to zmiany znane są pod nazwą Toxituberculides. Na przypadek ten zwraca uwagę zgromadzonych, nadmieniając, że bliższe szczegóły o tej chorobie poda na następnem posiedzeniu.

Kol. Borzęcki przedstawia dziecko ze zmianami kiły wrodzonej guzkowej i guzkowej wrzodziejącej *(papulosa exulcerans)*, obok czego znajdują się i gumiaki. U matki, która rodziła 6 razy, a 3 razy poroniła, niema obecnie żadnych objawów kiłowych. Kol. Reiss nadmienia, że guzów, uznanych przez kol. Borzęckiego za gumiaki, nie

uważałby za takie; jego zdaniem są to ropnie skórne, z których ropę łatwo można wycisnąć, a które mogły się rozwinąć na guzku kiłowym.

Kol. Reiss przedstawia chorego ze zmianami *syphilis psoriasiformis*. Nacieki barwy nieżywej, rzadko rozrzucone. W roku 1900 przebył *lues maculo-papulosa*, obecnie zaś zjawił się z *corona veneris* i po 5 wstrzyknięciach salicylanu rtęci wystąpiły zmiany obecne. Kol. Krzyształowicz zwraca uwagę, że to są zmiany, jakie często na przejściu między drugim a trzecim okresem spotykamy i zaznacza, że nazwa *psoriasiformis*, jego zdaniem, nie jest stosowną.

Dalej przedstawia kol. Reiss przypadek *Lues papulosa tuberosa*. Guzy duże, naciekłe, o przyskórku łuszczącym się, przypominają przypadek poprzedni. Chory ten przebył w styczniu b. r. wrzód weneryczny, przyczem wyłuszczono gruczoły pachwinowe; w marcu uległ wysypce guzkowej, leczonej wstrzykiwaniami głębokiemi; w kwietniu zażywał jod, obecnie jednak znów wystąpiły wysypka i zmiany na błonach śluzowych. Kol. Krzyształowicz zaznacza różnicę pomiędzy tym przypadkiem, a poprzednim w kierunku zupełnie odmiennego zejścia postaci kiłowej wczesnej.

Dalej przedstawia kol. Reiss chorego z gośćcowem zajęciem stawów kolanowych, u którego wystąpiła plamica *(purpura)* która w czasie leczenia swoistego ustąpiła, a po tygodniu mimo ustąpienia bólów widzimy znów nawrót ognisk wybroczynowych w zakresie kończyn.

Kol. Borzęcki przedstawia chorego z gruźlicą skóry *(lupus)* kończyny górnej prawej. Na kończynach dolnych i częściowo na klatce piersiowej tegoż chorego spostrzega się wybitny obraz *folliculitis scrophulosorum*. W dyskusyi nad tym przypadkiem zabierają głos kol. Żydłowicz, Steuermark i Sokołowski, poczem posiedzenie zamknięto. *Dr. Pacyna*, sekretarz.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Emerytura dla lekarzy okręgowych.

Komitet wybrany na Zjeździe lekarzy okręgowych był dnia 1 lipca na posłuchaniu u Marszałka Krajowego hr. Potockiego, oraz konferował z kilku posłami w sprawie emerytury dla lekarzy okręgowych; do wszystkich zaś posłów sejmowych rozesłał Komitet listy, w których powołał się na liczby statystyczne, zaczerpnięte z „Sprawozdania krajowej Rady zdrowia[1]) i wskazał na doniosłość okręgów dla poprawy ogólnych stosunków zdrowotnych: wobec tego „wskazanem jest — mówi w dalszym ciągu ta odezwa — starać się o dalszy rozwój okręgów, co jedynie da się osiągnąć przez polepszenie bytu i przyznanie emerytury dla lekarzy okręgowych w celu zachęcenia ich do służby w okręgach“.

Dnia 10 lipca poseł Teofil Merunowicz wniósł na posiedzeniu Sejmu, aby Wydział krajowy zbadał sprawę zapewnienia emerytury dla lekarzy okręgowych. Pomimo sprzeciwienia się „ze względów zasadniczych“ byłego marszałka Excel. St. hr. Badeniego, wniosek uchwalono po przekonywającem poparciu go przez posłów prof. A. Marsa i Dra St. Jabłońskiego.

Wobec tej uchwały sejmowej należy się spodziewać, że wkrótce Wydział krajowy opracuje odpowiednią zmianę ustawy o okręgach i na następnej sesyi jesiennej przedłoży do uchwalenia ją w Sejmie. Przy opracowaniu tym pożądaną byłoby rzeczą usunąć liczne błędy, jakie posiada obecna ustawa o okręgach, odnośnie do reszty ustaw sanitarnych[2]). Niemniej byłoby wskazanem przed ostatecznem sformułowaniem przez Wydział krajowy zmiany ustawy — zasięgnąć zdania wykonawców, t. j. lekarzy okręgowych: najlepiej bowiem nawet teoretycznie pomyślana ustawa może w praktycznem zastosowaniu okazać się błędną, jakto mamy jaskrawy przykład choćby właśnie w dotychczasowej ustawie o okręgach.

Dzięki wytrwałości przewodniczącego Komitetu lekarzy okręgowych Dra W. Nattera jestto u nas wogóle pierwszy krok ku zbiorowemu zapewnieniu emerytury dla szerszego koła lekarzy. Nie wątpimy, że lekarze-posłowie sejmowi dołożą wszelkich starań o jak najrychlejsze a szczęśliwe rozwiązanie sprawy, i otworzą oczy tym, którzy sprzeciwiają się jej „z zasadniczych względów“, albowiem sprawa ta ma znaczenie nietylko dla lekarzy okręgowych, ale także i dla najuboższej ludności i dla ogółu społeczeństwa, gdyż od rozwoju okręgów zależy w znacznej mierze postęp uzdrowotnienia kraju, jak to wykazują liczby „Sprawozdania krajowej Rady zdrowia“ w petycyi lekarzy okręgowych. *Erg.*

[1]) Sprawozdanie to było drukowane w »Przeglądzie lek.« w r. b. Nr. 12 i następne.

[2]) Patrz »Przegląd lekarski« z r. 1901, Nr. 1, str. 8—10.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 24 lipca.

* *Otrzymujemy następujące pismo z prośbą o ogłoszenie:*

Szanowny Redaktorze!

Grono kolegów, złożone ze 116 lekarzy, pracujących w szpitalach warszawskich, pragnąc uczcić zasługi kolegi Teodora Dunina dla szpitalnictwa, zebrało 500 (pięćset) rubli i ofiarowało je kol. Duninowi z prośbą o wybranie z kolegów szpitalnych Komitetu, któryby przyznał powyższą sumę jednemu z młodych lekarzy pod następującymi warunkami:

1) Komitet, zaraz po ukonstytuowaniu się, ogłosi w pismach o otwarciu konkursu do nagrody imienia Teodora Dunina.

2) Ubiegać się o nagrodę mogą tylko lekarze, którzy ukończyli medycynę w r. 1897 lub później.

3) Współubiegający się winni najdalej w ciągu 2-ch miesięcy od chwili ukazania się w pismach pierwszego ogłoszenia o konkursie przedstawić wybranemu Komitetowi, za pośrednictwem jednego z jego członków, prace swe, bądź ogłoszone drukiem, bądź w rękopisie.

4) Komitet jest obowiązany rozstrzygnąć konkurs najdalej w przeciągu 3-ch miesięcy od chwili pierwszego ogłoszenia o konkursie.

5) Nagrodzony jest obowiązany za przyznaną mu nagrodę, którą otrzyma z rąk kolegi Dunina, wyjechać za granicę dla pracowania w wytkniętym przez kolegę Dunina kierunku.

6) Nagrodzony winien najdalej w ciągu roku od wyjazdu ogłosić pracę (wynik studyów za granicą), na której pod tytułem będzie wydrukowane: »Rzecz nagrodzona z funduszu lekarzy szpitalnych imienia Teodora Dunina«.

W dniu 11 lipca r. b. koll.: Karwowski, Kamocki i E Zieliński wręczyli powyższą sumę (500 r.) koledze Teodorowi Duninowi, który wybrał w dniu 12-ym lipca r. b. na członków Komitetu koll.: W. Kamockiego, W. Jaworskiego, Br. Sawickiego, J. Steinhausa i Edw. Zielińskiego pod przewodnictwem W. Kamockiego. Wskutek tego niżej podpisany prosi uprzejmie o nadesłanie na ręce jednego z wyżej wymienionych kolegów prac lub rękopisów, których autorowie pragną ubiegać się o w mowie będącą nagrodę (r. 500) i z góry się zobowiązują do spełnienia §§ 5 i 6-go niniejszego ogłoszenia. *Walenty Kamocki.*

* D. 16 b. m. odbył się w Uniw. Jagiell. wykład habilitacyjny Dra Kazimierza Wincentego Majewskiego na stopień docenta z zakresu okulistyki. Prelegent mówił: »O leczeniu następowem po operacyi zaćmy«.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymali: Waleryan Nowicki i Tadeusz Lenartowicz.

* Dr. Bog. Eiselt, zasłużony profesor Wydziału lekar. Uniwersytetu czeskiego w Pradze, przeszedł w stan spoczynku z powodu dojścia do wieku, zakreślonego prawem. Prof Eiselt należał do pierwszorzędnych bojowników duchowego odrodzenia swego narodu; w ciągu 42 lat miał 12.726 słuchaczów, pracami naukowemi przyczynił się do rozwoju czeskiego piśmiennictwa lekarskiego, a od czasu założenia czeskiego Wydziału lekarskiego zbadał w klinice 150.000 chorych. Ludzie tej miary, co prof. Eiselt, opuszczając katedrę, nie schodzą z areny społecznej: jak wiekiem i burzliwą walką poszarpany proporzec skupiać on nie przestanie około swej czcigodnej osoby młode duchy, którym wskazywać będzie znane sobie drogi zwycięzstw w dziejowym procesie, rozgrywającym się na rubieży świata słowiańsko-germańskiego.

Wydział lekarski czeskiego Uniw. w Pradze urządził ustępującemu profesorowi uroczyste pożegnanie: w imieniu grona profesorskiego przemówił serdecznie najstarszy »żak« prof. Eiselta, prof. K. Chodounský, którego ostatni okrzyk »Sláva« powtarzamy ze szczerego serca

* Docent warszawskiego Instytutu weterynaryjnego, magister weterynaryi Mari, mianowany został profesorem epizoocyi i policyi weterynaryjnej w wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu. Docent wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu, dr. Żandr, mian. został nadzwyczajnym prof. fizyologii w Warszawie.

* W Wiedniu zawiązał się Komitet dla wystawienia pomnika głośnemu podróżnikowi czeskiemu, dr. Holubowi.

* Bukowińska Izba lekarska, jako zarządzająca, wniosła do ministerstwa spraw zagranicznych podanie, żądające ażeby reprezentanci Austryi na półwyspie Bałkańskim i poza Europą ogłaszali w »Aerzte-Kammerblatt« o wszystkich wolnych stanowiskach lekarskich, a to w celu, ażeby zarządy poszczególnych Izb mogły uwiadamiać swoich członków o wakujących posadach poza granicami Austryi.

* Między 2 a 8 — VII doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bobreckim (1 gmina), bohorodczańskim (1 gm.), buczackim (1 gm.), horodeńskim (3 gm.), jaworowskim (2 gm.), kałuskim (1 gm.), kamioneckim (2 gm.), kołomyjskim (1 gm.), peczeniżyńskim (1 gm.) podhajeckim (1 gm.), skałackim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), tłumackim (6 gm.), złoczowskim (2 gm.).

Wszystkich przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 68; w tygodniu przedostatnim 83.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXVII (29—VI—5—VII). Ludność średnia roczna wynosi 94.057 W tygodniu sprawozdawczym zawarło małżeństw 18, urodziło się dzieci 65, zmarło osób 71 — mianowicie: z gruźlicy 15 (zamiejscowych 10), z zapalenia płuc 7 (2 zam.), z błonicy 1 (zam.), z płonicy 1, z cholery dziecięcej 14 (3 zam.).

Tydzień XXVIII (6—12—VII). Zawarto małżeństw 20, urodziło się dzieci 79, zmarło osób 70 — mianowicie: z gruźlicy 15 (5 zam.), z zapalenia płuc 10 (3 zam.), z błonicy 3 (2 zam.), z płonicy 4 (2 zam.), z duru brzusznego 1, z cholery dziecięcej 10.

* Wiadomości osobiste: Dr. Stefan Schöngut, lekarz chorób gardła i uszów, zawiadamia, że obecnie zamieszkał przy ul. Pijarskiej, l. 9.

Mianowania i odznaczenia. Prof. nadzw. Mollier mian. został prof. zwycz. anatomii w Monachium. Dr. Pareja y Garido mianow. prof. chirurgii w Grenadzie. Prof. Hoche mian. prof. zwycz. psychiatryi w Freiburgu. Dr. Kazimierz Strzyżowski mian. prof. fizyol. chemii w Lausannie.

Nekrologia. Dr. Wojciech Przecławski zmarł w Warszawie w 67 roku życia.

Bibliografia:

— *Postęp okulistyczny* (czerwiec). Majewski: Asthenopia muscularis. Bednarski: Patologia syderozy gałki (c. d.). Noiszewski: Znaczenie pochłaniania i załamania w powietrzu promieni słonecznych dla objawów Purkinjego i adaptacyi siatkówki.

— *Gazeta lekarska* Nr. 29. Męczkowski: Porażenie wielu nerwów obwodowych po zaczadzeniu, porażenie następcze nerwu błoczkowego. Ciechomski: Przyczynek do leczenia bliznowatych zwężeń przełyku (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr. 13. Kucharzewski: O wpływie jadów: błoniczego i tężcowego na zmiany morfologiczne, hemoglobinę i ciężar gatunkowy krwi. Otto: Kryoskopia i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 29. Nikołajew: Fotografowanie dna oka u zwierząt. Bronowski: Przypadek pierwotnego mięsaka osierdzia. Orłowski: Wyniki szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie z r. 1900.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 6. Krakowski: Wartość terapeutyczna nowozalecanych środków hemostatycznych, stosowanych w dentystyce.

— *Krytyka lekarska* Nr. 7. W. Sterling: Kilka uwag w sprawie walki z syfilisem. Lachs: Medycyna i religia (dok.). Grodecki: Kilka uwag w sprawie pomocy akuszeryjnej na prowincyi. Nusbaum: Ś. p. prof. Feliks Nawrocki (wspomnienie pośmiertne).

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 7. Warszawski zakład leczniczy dla osób, dotkniętych zboczeniami mowy Dra Wład. Ołtuszewskiego. — Jaworze (Ernsdorf). Międzynarodowa wystawa zdrojowa w Wiedniu.

— *Przegląd felczerski* Nr. 14. O złamaniach. — Choroby weneryczne w stosunku do akuszeryi. Zasady postępowania przy rodzeniu się łożyska i błon. — Zabawy i gry dzieci w ogrodzie imienia Rau, urządzone staraniem warsz. Towarz. higienicznego w 1899 i 1901.

— *Lékařské Rozhledy* Nr. 7. Jirásek: Corpus alienum zevniho sluchovodu. Chalupecký: Myelitis acuta haemorrhagica seu apoplectica.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 7. Cačković: Peta stotina laparotomia (c. d.). Wikerhauser: Dva slučaja ileusa. Durst: Slučaj racemoznoga cysticerca možgiana.

— *La Presse médicale* Nr. 56. Desfosses i Marrtinet: O upuście krwi.

— Nr. 57. Chantemesse: »Żelo dyagnostyka« duru brzusznego, cholery i czerwonki, oraz badanie tą samą metodą wód, które tych chorób udzielać mogą.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 28. Umber: O autolitycznych procesach w wypocinie. Gebhardt i Torday: O rozpoznaniu gruźlicy zapomocą surowicy. Hager: Przyczynek do leczenia swoistego gruźlicy. Pröscher: O toksynie przeciwbłoniczej nie zawierającej białka. Goldberg: Doświadczenia cytoskopijne. Weisswange: O procesach zdrowienia przy operacyjnem leczeniu gruźlicy otrzewnej i nerek. Aronheim: Gwałtowny krwotok i bezkrwistość wywołane opadnięciem polipowatego jelita odchodowego u 10-letniego dziecka.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 29. Eder: Zastosowanie papieru fotograficznego, czułego na kolor żółty, do fotometrycznego oznaczania jasności w lokalach roboczych i szkołach. Klein: Przyczynek do sprawy tworzenia się niweczników (Antikörperbildung). Tejeky: Cukrzyca trzustkowa i żółtaczka złośliwa. Türk: O liczeniu leukocytów (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 29. Elsner: O karbollizoformie. Riegner: O wskazaniach do chirurgicznego leczenia spraw wrzodziejących w płucach. Ekgren: Zachowanie się leukocytów we krwi ludzkiej pod wpływem mięsienia. Herzog: Przypadek choroby rdzenia pacierzowego przyrody rzeżączkowej z rzadkiem umiejscowieniem. Klotz: Posokowate zapalenia wsierdzia, wyleczone śródżylnem wstrzykiwaniem przetworów srebra.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 28. Huber i Lichtenstein: Dna i jej leczenie kwasem chinowym. Umber: Chemia i biologia ciał białkowatych. Nothnagel: Uwagi nad rozprawą Agamkiewicza: »Dalsze wyniki skuteczne stosowania kankroiny w leczeniu raka języka, krtani, przełyku, żołądka i sutek«. Eiselsberg: Uwagi nad pracą Adamkiewicza: »Dalsze wyniki skuteczne stosowania kankroiny w leczeniu raka języka, krtani, przełyku, żołądka i sutek«. Poten: Leczenie raka kankroiną (Adamkiewicz). Schultz i Schultzenstein: Olbrzymi zrakowaciały mięśniak macicy bezskutecznie leczony kankroiną Adamkiewicza. Oettingen: Leczenie wrodzonej szpotawości u osesków (dok.).

Redakcya otrzymała. Bohdanowicz: Biaritz dla chorych i zdrowych. Majewski: Asthenopia muscularis.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.